UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 6

FACULTÉ DE MÉDECINE

RAPPORTS

DE L'APPENDICITE

ET DE LA PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Janvier 1911

PAR

Mlle OSNAS (Sarrah)

Né à Roudni (Russie), le 13 décembre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, professeur, *Président*
BAUMEL, professeur.
LAGRIFFOUL, agrégé,
EUZIÈRE, agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

RAPPORTS

DE L'APPENDICITE

ET DE LA PNEUMONIE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 6

FACULTÉ DE MÉDECINE

RAPPORTS

DE L'APPENDICITE

ET DE LA PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Janvier 1911

PAR

ACAD. LUGDUN. BIBL.

Mlle OSNAS (Sarrah)
Né à Roudni (Russie), le 13 décembre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, professeur, *Président* ; BAUMEL, professeur, LAGRIFFOUL, agrégé, EUZIÈRE, agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN
SARDA	ASSESSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agr. libre
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE.
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *président.*	LAGRIFFOUL, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Mlle Osnas.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BAUMEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

M^lle^ OSNAS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui devons le meilleur de notre instruction médicale.

Mlle OSNAS.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse, qu'il reçoive notre hommage respectueux et l'expression de notre sincère reconnaissance. Nous sommes heureuse de lui dire combien nous nous sentons redevable envers lui pour sa bienveillante sollicitude, pour ses conseils. Nous emportons de lui un souvenir de sympathie bien sincère et nous garderons toujours pour lui une gratitude profonde.

Mlle OSNAS.

RAPPORTS

DE L'APPENDICITE

ET DE LA PNEUMONIE

INTRODUCTION

« Toujours délicat, souvent difficile, parfois impossible, le diagnostic d'appendicite repose spécialement sur deux symptômes : douleur ou tumeur » (Galliard). Mais ces deux signes se retrouvent dans bien des affections, et la fréquence de l'emploi d'expressions telles que : pseudo-appendicites, fausses appendicites, appendicites fantômes, est assez éloquente par elle-même pour montrer la fréquence des erreurs de diagnostic. On conçoit l'importance tragique que peut prendre le problème de l'existence de l'appendicite quand on se rappelle les affirmations de Dieulafoy : « Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite ; on ne doit jamais mourir d'appendicite ; on ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard. »

Certes tous les médecins ne sont pas aussi formels que le professeur parisien et la pratique de l'opération hâtive est loin d'être la plus fréquemment suivie, mais parfois elle s'impose et l'importance des phénomènes

péritonéaux arme souvent la main des chirurgiens, les plus fermes partisans de l'opération à froid. Que de regrets si leur intervention est reconnue illégitime et si, le ventre ouvert, l'appendice apparaît indemne de toute inflammation ! On connaît le nombre vraiment considérable de ces opérations inutiles et dangereuses ; Dieulafoy (1) lui même a poussé le cri d'alarme, et à la tribune de l'Académie de Médecine on a pu l'entendre proclamer, lui, le chef de l'école interventionniste, que : « quantité de gens simplement atteints de typhlocolite muco-membraneuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas ».

Malheureusement la légion des *balafrés* ne se recrute pas que parmi les vieux entérocolitiques. Talamon (2), Dubois (3), Brissaud (4), Condamin et Voron (5), Franke (6) ont parlé de pseudo-appendicites nerveuses. Ericot (7) en a décrit au cours du rhumatisme articulaire aigu. Soulié et Gillot (8) au cours du paludisme. Mais il

---

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, (séance du 29 mai 1906, p. 597).

(2) Talamon. — Appendicite et péritonisme hystériques (Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 26 mars 1897).

(3) Dubois. — Appendicite et hystérie. Thèse de Paris, 1900.

(4) Brissaud. — Appendicite fantôme (Bullet. et Mémoires de la Société Méd. de Paris, 29 mars 1897)

(5) Condamin et Voron. — Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (Arch. Provinciales de Chirurgie, mars 1909).

(6) F. Franke. — Ueber Pseudo-Appendicites (Arch. internationales de Chirurgie, 1903-1904).

(7) Ericot. — Pseudo-appendicite au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu. (Gazette des Hôpitaux, 1908, p. 1264).

(8) Soulié et Gillot. — Du paludisme à forme de péritonite aiguë. (Semaine Médicale, 13 septembre 1905).

semble bien que la pneumonie soit, de toutes les maladies infectieuses, celle qui induit le plus volontiers en erreur.

C'est surtout au début que la pneumonie est susceptible de prendre le masque appendiculaire, et il est curieux de voir que cette éventualité clinique est connue depuis longtemps, depuis une époque même où l'on ne parlait guère d'appendicite. Grisolles et Gueneau de Mussy, par exemple, ont apporté des observations qui ne laissent aucun doute à cet égard. A l'heure actuelle, la bibliographie des pseudo-appendicites est d'une richesse qui montre bien la fréquence de l'éventualité clinique, il n'est pas de chirurgien qui n'en ait observé quelque cas. Et, en 1908, à la Société de Chirurgie, à propos d'une communication de Mignon, on vit successivement Pierre Delbet, Lucas Championnière Paul Segond, Kirmisson, Arron, Tuffier rapporter une série de cas personnels.

Il est donc possible de voir la pneumonie débuter par un tableau clinique simulant à s'y méprendre celui de l'appendicite. Mais malheureusement pour la facilité du diagnostic ce n'est pas là la seule relation qui puisse exister entre ces deux infections. Non seulement la pneumonie peut simuler l'appendicite mais encore elle peut coïncider avec elle. C'est à l'étude de ces différentes éventualités qu'est consacrée notre thèse.

Pour rendre l'exposé plus simple et plus concis nous diviserons les faits cliniques en trois groupes.

1° *Les appendicites pneumoniques*, c'est-à-dire les cas où la pneumonie est la cause essentielle d'une appendicite qui ne peut être niée.

2° *Les pseudo-appendicites pneumoniques*, c'est-à-dire ceux où les symptômes du début peuvent égarer l'opi-

nion du médecin mais où les constatations ultérieures démontrent à la fois la non-existence de l'appendicite et la présence d'une pneumonie à laquelle on n'avait pas songé tout d'abord.

3° *Les cas intermédiaires*, qui certainement offrent un intérêt pathogénique des plus grands, ce sont ceux où l'existence d'une pneumonie coïncide avec des lésions de l'appendice cœcal pas assez prononcées pour faire croire à une appendicite véritable, mais bien suffisantes pour laisser s'établir le doute grâce à la production au début de l'affection du tableau clinique classique. Ces cas intermédiaires se présentent avec une fréquence telle que l'on peut se demander s'ils n'entrent pas pour une large part dans le groupe précédent : celui que nous avons dénommé : pseudo-appendicites pneumoniques.

Nous exposerons au cours de ce travail divers cas cliniques des uns et des autres groupes ci-dessus nommés ; nous passerons en revue le mécanisme pathogénique qui les engendre, et nous poserons quelques principes de diagnostic différentiel.

Nos Maîtres excuseront la brièveté et l'insuffisance de notre travail en raison de notre connaissance imparfaite de la langue et du peu de temps qu'il nous a été permis de consacrer à un travail dont nous sentons tout l'intérêt et l'importance, que notre étude n'a pu qu'effleurer.

CHAPITRE PREMIER

CAS CLINIQUES

1° Appendicites pneumoniques. — Les cas en sont rares et l'on ne peut guère considérer comme incontestables que ceux de Lesné et Marre, Leroux, Ferrier. Voici résumées ces trois observations :

Observation première

(Lesné et Marre)

Un enfant de 4 ans et demi est pris brusquement de douleurs abdominales, de vomissements alimentaires et bilieux. La température monte rapidement à 40°, le pouls à 130 pulsations. La douleur spontanée et provoquée reste localisée dans la fosse iliaque droite, où elle s'accompagne de défense musculaire. L'absence de symptôme pulmonaire fait porter le diagnostic d'appendicite. Le lendemain, à la partie moyenne du poumon droit, on trouve des signes de pneumonie et le diagnostic est modifié, on pense se trouver en présence d'une pneumonie avec réaction abdominale marquée ; mais le soir même, les phénomènes péritonéaux reprennent le dessus, le malade est opéré et on trouve un appendice gangrené et perforé. L'enfant meurt et à l'autopsie on trouve, à la base du poumon droit, un foyer typique d'hépatisation.

Observation II

Leroux)

Un sourd-muet de 12 ans est pris brusquement de frissons, de fièvre, de vomissements et d'une douleur dans l'hypochondre droit. Température à 39° 5, pouls à 120. Le lendemain oppression, température plus élevée, pouls plus rapide, ballonnement du ventre, légère défense musculaire ; la pression dans l'hypochondre droit est douloureuse, pas de signes physiques à l'examen du thorax. Le lendemain ils apparaissent (souffle tubaire à l'angle de l'omoplate droite) mais les signes abdominaux persistent et l'état général s'aggrave. Le toucher rectal fait constater l'existence d'une masse pelvienne arrondie. Dans ces conditions, on fait le diagnostic de pneumonie avec appendicite concomitante et l'intervention est décidée. On trouve, en effet, une péritonite suppurée, résultat d'une perforation appendiculaire et malgré l'intervention, le malade ne tarde pas à mourir. A l'autopsie on constate, d'une part, une péritonite suppurée enkystée, de l'autre, une pneumonie des deux tiers inférieurs du poumon droit.

Observation III

(Ferrier)

Un jeune soldat est pris brusquement d'un frisson très intense, de vomissements, d'un violent point de côté à droite, de fièvre. Deux jours après, on constate les signes classiques d'une pneumonie occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit, l'état digestif est très sabbural. Plusieurs selles diarrhéiques. Au sixième jour de la maladie, le malade se plaint plus vivement de son point de côté, lequel s'irradie vers l'abdomen ; le maximum de douleur est situé au-dessous du rebord des fausses côtes. L'état général va en s'aggravant, et le malade meurt au huitième jour de sa maladie.

L'autopsie montre l'hépatisation grise de tout le poumon droit et

la congestion d'une grande partie du poumon gauche. L'appendice, de longueur normale, est notablement augmenté de grosseur et atteint presque le volume d'un doigt ; son extrémité libre est plus volumineuse que son extrémité cœcale ; sa consistance est fluctuante ; il n'existe aucun exsudat à sa surface ; il proémine librement dans la cavité abdominale et n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins. On le détache avec la portion correspondante du cœcum. La cavité est remplie par deux ou trois cuillerées à café de pus crémeux, jaune verdâtre ; la muqueuse possède un aspect grisâtre et tomenteux ; les parois sont légèrement épaissies. Le calibre de l'appendice se rétrécit au voisinage de l'insertion cœcale, mais il communique avec la cavité du cœcum par un petit pertuis pouvant admettre un stylet.

Nous n'avons pas trouvé d'autres observations que l'on puisse à coup sûr considérer comme appendicites pneumoniques. Haim en a, il est vrai, publié une, mais comme nous le verrons tout à l'heure, les lésions étaient, dans son cas, peu marquées et la place qu'il faut lui assigner nous paraît plutôt parmi ceux que nous avons appelés plus haut : cas intermédiaires. Il est possible aussi qu'une observation publiée par Talamon rentre dans le cadre des appendicites pneumoniques, il s'agit d'une femme ayant succombé à une appendicite aiguë avec péritonite partielle suppurée, qui avait eu quelques semaines auparavant une pneumonie suivie d'une parotidite suppurée ; c'est dans la convalescence de cette double maladie que l'appendicite était survenue. Dans bien des appendicites survenant plus ou moins tardivement après une pneumonie, il est vraisemblable que cette dernière joue un rôle. C'est le cas pour une observation de Mlle Gordon où on voit un enfant faire, en février, une pneumonie accompagnée de quelques phénomènes abdominaux, et, en novembre, faire une véritable appendicite. Mais on conçoit que dans de telles circons-

tances, le rôle étiologique de la pneumonie soit difficile à établir de façon indiscutable.

Il n'en est pas de même dans les trois observations que nous avons citées. Dans les deux premières qui sont parfaitement superposables, les symptômes de l'appendicite et ceux de la pneumonie se mêlent intimement et le tableau clinique paraît même plus appendiculaire que pneumonique. En tous cas, les deux affections paraissent dater toutes deux du même moment.

Dans la troisième observation, au contraire, celle de Ferrier, il s'agit s'emble-t-il, au début, d'une pneumonie simple et ce n'est que secondairement que se manifestent quelques signes abdominaux, peu marqués du reste, puisque le diagnostic d'appendicite n'est porté que sur la table d'autopsie. On peut dire en somme que les appendicites pneumoniques peuvent se présenter dans quatre éventualités différentes :

1° L'infection pulmonaire et appendiculaire apparaissent en même temps (cas de Lesné et Marre, cas de Leroux).

2° L'infection pulmonaire précède l'infection appendiculaire, mais d'assez peu, pour que les tableaux cliniques des deux affections puissent se confondre (cas de Ferrier).

3° L'infection appendiculaire est tardive (cas de Gordon). C'est là l'éventualité sans doute la plus fréquente, mais aussi celle qu'il est le plus difficile d'établir de façon certaine. La pneumonie, comme toutes les maladies infectieuses, peut occasionner d'abord des altérations inflammatoires latentes de l'appendice, qui prépareront la voie à une autre infection, mais insuffisantes pour se manifester par les signes caractéristiques (Trippier et Paviot, Sem. Méd., 1899).

1° L'infection appendiculaire précède la pneumonie, c'est ce qui s'est passé probablement dans l'observation suivante de Sevestre : une petite malade paraît d'abord faire une fièvre typhoïde et au vingt-cinquième jour de sa maladie présente dans la fosse iliaque droite un abcès péritonéal enkysté, d'origine très vraisemblablement appendiculaire et contenant presque exclusivement, du pneumocoque. La convalescence fut très longue et pendant qu'elle se faisait, la petite malade présenta une pneumonie typique.

2° Pseudo-appendicites pneumoniques. — Les observations de cet ordre sont très nombreuses et connues, peut-on dire, depuis bien longtemps, puisque Grisolles et Guéneau de Mussy, qui ne parlaient pas encore d'appendicites, décrivaient les pneumonies à point de côté abdominal.

Aujourd'hui que l'attention a été attirée sur ces pseudo-appendicites pneumoniques, les cas publiés ont été très nombreux. Récemment M. le docteur Euzière consacrait à cette question un article très documenté dans la *Gazette des Hôpitaux* (14 octobre 1909) et faisait remarquer que les observations présentées se rapportaient à des adultes, tandis que la plupart de ceux qui avaient traité de cette forme de pseudo appendicites pneumoniques avaient surtout observé les cas chez les enfants. Le type de ces observations est la suivante empruntée à Mirande.

Observation première

(Mirande, résumée)

Un garçon de 28 ans est pris brusquement d'une douleur dans la moitié droite de l'abdomen, elle empêchait le malade de se tenir

debout. Peu de temps après, vomissements alimentaires, quelques frissons, fièvre vive. Il entre le surlendemain à l'hôpital, la température est de 40°6, le pouls est rapide. La douleur abdominale persiste avec maximum dans la fosse iliaque droite et à ce niveau contraction appréciable des muscles de la paroi. On porte le diagnostic d'appendicite. Le lendemain, les signes abdominaux diminuent, la température est à 40°4, et à l'auscultation, on découvre un souffle perceptible tout au plus dans un territoire grand comme une pièce de deux francs : crachats pneumoniques typiques. Les jours suivants le diagnostic de pneumonie s'affirme, l'état s'aggrave, le malade meurt et à l'autopsie on découvre un foyer d'hépatisation qui occupait tout le lobe inférieur droit, quelques fausses membranes jaunâtres sur la plèvre, appendice absolument sain.

Cas intermédiaires. — L'intégrité de l'appendice n'est pas toujours aussi nettement constatée que dans le cas précédent ; parfois son état anatomique prête lui aussi à la confusion, ainsi que le rapporte Haim. Un malade présentant des signes d'appendicite, mais atteint de pneumonie, est opéré. L'appendice est légèrement enflammé, la séreuse légèrement dépolie, l'aspect de la muqueuse paraît normal. Dans un cas de Palier, l'appendice est normal mais entouré d'anciennes adhérences ; dans un de Richardson il est le siège d'une inflammation catarrhale ; dans un autre de Bennecke il est normal mais présente une légère inflammation de la séreuse. Il est certain, comme le fait observer Melchior, qu'il est difficile de mettre sur le compte de si minimes lésions les signes cliniques d'une grave inflammation péritonéale que l'on avait d'abord constatés et on peut parfaitement affirmer, sans crainte de trop l'avancer, que l'opération fut inutile. Cependant cette inflammation si légère de l'appendice n'est peut être pas étrangère à la localisation abdominale du tableau clinique et nous le verrons tout à l'heure. Il en est un peu de même quand le sujet a présenté autrefois

une ancienne atteinte appendiculaire, comme dans l'observation suivante :

Observation

Pseudo-appendicite pneumonique survenue chez un homme de 60 ans, vieux dyspeptique, vieil appendiculaire
(Due à l'obligeance du Dr Euzière, *in Gazette des Hôpitaux*, 1909, p. 1460)

A..., infirmier à l'asile des aliénés de Montpellier dans le service de M. le professeur Mairet, est âgé de 60 ans ; mais si on en juge par ses artères et son aspect, il porte bien dix ans de plus que son âge réel. C'est un vieux dyspeptique. Ses digestions sont extrêmement pénibles et il a eu, à trois reprises, des crises de douleurs abdominales qui paraissent bien avoir été d'origine appendiculaire. Au début d'avril, il se sentit plus abattu que de coutume, brisé de toutes parts, incapable de tout travail ; il traîna ainsi quelque temps sans qu'on prit bien garde à ses plaintes auxquelles depuis longtemps on était accoutumé. Sur ces entrefaites il se plaignit un jour d'une douleur vive qu'il localisait au point de Mac Burney ; le facies était mauvais, le pouls petit et rapide ; il y eut quelques frissons. La température n'était qu'à 38°, le ventre était en défense, difficile à explorer, et quelques vomissements vinrent compléter le tableau clinique ; aussi le malade fut-il envoyé à l'infirmerie avec le diagnostic d'appendicite probable. Le lendemain, l'état général était aussi mauvais ; mais l'examen méthodique des poumons faisait constater aux deux bases de la matité, puis les signes classiques de la pneumonie apparurent, voilés cependant par un élément grippal qui s'y mêlait et aussi par l'âge du malade qui enlevait de leur violence à certains symptômes. Les signes appendiculaires persistèrent pendant quatre jours, puis se calmèrent. Des complications cardiaques rendirent la pneumonie particulièrement sévère ; malgré tout, le malade fut sauvé, mais la convalescence fut singulièrement pénible.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

L'étude des rapports de l'appendicite et de la pneumonie constitue deux problèmes pathogéniques :

1° Comment une appendicite peut-elle compliquer une pneumonie ?

2° Comment le début d'une pneumonie peut singer au tableau clinique une appendicite sans que l'appendice soit lésé.

La première question est assez peu complexe ; les cas d'appendicite pneumonique publiés sont d'ailleurs peu nombreux, toutefois on n'a pas encore pu en donner une solution complète. Il serait nécessaire de rechercher, dans chacun des cas, quel fut l'agent pathogène de l'appendicite, ensuite on recherchera par quelle voie il est arrivé au niveau de l'appendice et comment il s'y est localisé. La nature de l'agent pathogène est supposée le pneumocoque lui-même. Ferrier et Sevestre l'ont constaté dans des cas où l'examen bactériologique a été fait.

Il est aussi connu que le pneumocoque peut donner naissance à l'appendicite. Le pneumocoque a été constaté une fois par Achard et Broca (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897), et plusieurs fois par Haim dans des appendicites se produisant en dehors de toute pneumonie.

Expérimentalement, Mosny en inoculant à la lapine de

toxine pneumococcique a déterminé des lésions appendiculaires, et Andrian (*Mitteil aus dem Grensg. de Med. und Chirg.*, 1901, p. 407) a déterminéaussi l'appendicite par inoculation des pneumocoques. Dans les cas de Leroux et dans celui de Lesné et Marre, où l'appendicite apparaît en même temps que la pneumonie, c'est le même agent pathogène qui est en cause. Mais il faut toutefois reconnaître qu'un autre microorganisme pourrait être constaté. Quant à la voie suivie par l'agent pathogène on soutient l'origine hématique et l'origine intestinale du microorganisme. Il est démontré que le pneumocoque existe dans le sang avant que toute localisation soit apparente ; donc, le cas de Sevestre, où la localisation appendiculaire est la première en date soutient l'origine hématique ; les cas de Leroux, Lesné et Marre, où pneumonie et appendicite coïncident prouvent, encore plus l'origine hématique. L'origine hématique est presque certaine dans le cas de Ferrier, où l'appendicite apparaît après la pneumonie. La localisation appendiculaire se produit alors par un mécanisme analogue à celui qu'Ardin-Delteil (1) a suivi pour ainsi dire pas à pas dans un cas d'angiocholite pneumococcique. Quant à la voie intestinale, elle est aussi possible ; bien des auteurs attribuent aux infections pulmonaires une origine intestinale.

Calmette, Vanstenberghe et Gryser (2) ont insisté surtout sur la possibilité d'origine intestinale pour la

---

(1) Ardin-Delteil. — Pneumonie avec ictère ; hépatite et angiocholite pneumococcique. Soc. de méd. d'Alger, 10 février 1909.

(2) Sur l'origine intestinale de la pneumonie et d'autres infections phlegmasiques des poumons chez l'homme et chez les animaux. Presse méd., 1906, n° 70, p. 559.

pneumonie. Il est dès lors naturel de considérer l'inoculation appendiculaire comme se faisant par la voie intestinale et la localisation du processus infectieux à ce niveau s'explique soit par la situation anatomique qui permet la stagnation des matières (Reclus) ou la transformation en vase clos (Dieulafoy), soit par la constitution histologique qui, éminemment lymphoïde, le prédispose à la pénétration en masse des microorganismes. Pourquoi l'agent pathogène se localise-t-il au niveau de l'appendice ? Pour Bardon c'est la malformation appendiculaire qui entraîne un défaut de résistance à l'infection.

Il y a des cas où le staphylocoque donne naissance à l'appendicite et à la pneumonie : cas cité par Polliakoff (1). Dans certains cas, le pneumocoque ne détermine la pneumonie que grâce à la complicité d'une infection générale qui elle-même détermine l'appendicite ; ce sont les cas étudiés par Millet qui, au cours d'infection grippale, a vu coïncider appendicite et pneumonie.

Pour la pathogénie des pseudo-appendicites, le problème est plus complexe et comme elles sont fréquentes, les tentatives d'explication n'ont pas manqué D'après les uns ce sont surtout des enfants qui présentent ce mode de début de la pneumonie et on explique cela par ce que l'enfant localise toutes ses douleurs au ventre (Adams) ; cette explication ne peut pas être appliquée aux adultes.

D'autres expliquent les signes abdominaux par réaction de la plèvre diaphragmatique mais cette dernière ne peut pas être invoquée si la pneumonie siège au lobe supérieur du poumon. La plupart des auteurs expliquent par l'irradiation la pathogénie des pseudo-appendicites

(1) Appendicite accompagnée de pneumonie à staphylocoques. Med. Oboze Mork., 1901, LVI, 73-76.

qui, formulée d'abord par Bassereau, a été reprise bien souvent et résumée de la façon suivante dans la thèse de Gueneau : « Il existe dans la moelle, pour relier les différents étages ce qu'on appelle les neurones d'association et cela nous permet de comprendre comment l'irradiation douloureuse, au lieu de suivre, par exemple, le cinquième intercostal, empruntera le trajet des neuvième, dixième, onzième et douzième intercostaux, tous nerfs qui sont abdominaux et ainsi se trouve expliqué le point de côté abdominal. Et la douleur qui, dans les observations, est notée comme ayant existé au point de Mac-Burney n'est pas autre chose que l'algie pulmonaire transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal (véritable point de Vallex). Cette branche traverse d'arrière en avant le bord extrême du grand droit et se distribue à la peau. L'on ne devra point être étonné que le chatouillement de la peau produise de l'hyperesthésie et que la main, appuyant sur ces terminaisons douloureuses, provoque une contraction musculaire réflexe. Et nous aurons la triade du professeur Dieulafoy. » Cette dernière théorie rend bien compte comment une douleur thoracique est sentie dans l'abdomen.

Mais pourquoi se fait le transfert du point de côté? Dans les observations données comme type des cas intermédiaires, on trouve toujours des lésions appendiculaires insuffisantes pour expliquer à elles seules les symptômes abdominaux, mais suffisantes pour servir de facteurs de localisations. Le rôle de localisation des phénomènes du début joué par les lésions anciennes ou légères ne se produit pas uniquement dans les pseudo-appendicites pneumoniques. Richardson rapporte l'observation d'une jeune fille de 17 ans qui fut prise brusque-

ment dans la rue d'une douleur épigastrique violente et de vomissements ; la connaissance de ses antécédents pathologiques fit porter le diagnostic d'ulcère gastrique perforé. On opéra, mais on ne trouva ni péritonite, ni perforation. Le lendemain, les signes nets de pneumonie apparurent. La malade mourut et, à son autopsie, on découvrit un petit ulcère de l'estomac qui n'était même pas prêt de se perforer.

On pourrait ainsi multiplier les exemples. Mais il semble que ceux que nous venons de donner suffisent à montrer qu'une lésion, même minime, de l'appendice peut rendre compte du début d'une pneumonie par un tableau appendiculaire. Cette lésion qui dans les cas que nous venons de citer, est apparente à l'œil nu, ou comme comme dans les cas de Mirande, seulement au microscope, on peut l'imaginer bornée à un peu de congestion, à une légère irritation et alors l'invasion pneumococcique peut, à elle seule, la créer de toute pièce.

L'influence des troubles digestifs dans la genèse des maladies respiratoires, sur laquelle Londe (1) insistait récemment est là pour montrer la vraisemblance de notre hypothèse. On peut aussi invoquer la plus grande fréquence du début appendiculaire dans la pneumonie de l'enfant, alors que les symptômes digestifs (vomissements, état saburral) s'observent aussi avec plus de fréquence que chez l'adulte. Enfin, on peut remarquer que dans nombre de cas de pseudo-appendicites de l'adulte, les phénomènes digestifs ont une importance inaccoutumée comme dans l'observation suivante.

---

(1) Londe. — L'origine digestive des maladies respiratoires. Revue de médecine, juin 1909, p. 425.

Observation

(Due à l'obligeance du Dr Euzière)

C'est un garçon de 22 ans, bien bâti, solide et large d'épaules, employé comme infirmier à l'Asile d'aliénés Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucune particularité digne de remarque. Au mois de mai dernier, après avoir vu successivement trois des malades confiés à sa garde contracter la pneumonie, il fut une nuit réveillé en sursaut vers trois heures du matin par une douleur très violente de la fosse iliaque droite ; l'interne appelé le trouva pâle, couvert de sueur, plié en deux par l'intensité de la souffrance, en proie à des nausées et à des vomissements. La nuit s'acheva ainsi péniblement et le lendemain matin, il fut transporté à l'infirmerie. A ce moment, le tableau clinique était absolument celui d'une appendicite aiguë. Le malade était constipé, vomissait tout ce qu'il prenait ; la langue était sale, le facies altéré, le pouls rapide et dur ; la fièvre atteignait 39°5. Interrogé, C .. désignait spontanément le point de Mac-Burney comme le siège de ses douleurs, la paroi abdominale était tout entière contracturée et tout examen se trouvait interrompu à cause de l'exacerbation qu'il amenait dans les phénomènes douloureux. Malgré la netteté de ces signes cliniques, la connaissance des trois cas de pneumonie, qui s'étaient produits parmi les malades couchant dans le même dortoir que C..., provoqua un examen attentif du système respiratoire. A ce moment-là, rien n'y apparaissait de bien net, si ce n'est un peu d'obscurité respiratoire étendue à tout le côté droit. Dans ces conditions, on décida d'attendre avant de rien décider et l'on fit au malade une piqûre de morphine qui calma en partie la douleur ; le soir, la température était à 40°, la localisation au point de Mac-Burney moins nette, mais la défense abdominale toujours aussi violente et les signes stétoscopiques aussi vagues.

Le lendemain, cependant, les symptômes prirent des caractères plus nettement thoraciques. La douleur cessa d'être localisée au point de Mac-Burney et devint très vive au côté dans la ligne axillaire à cinq travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. A la percussion, on trouvait une large bande de matité à la

base droite, les vibrations y étaient exagérées, un souffle tubaire intense s'y faisait entendre avec au-dessus une mince zone où se percevaient quelques râles crépitants. Bref, dès lors, les signes de pneumonie étaient très nets et pour les compléter on vit bientôt apparaître quelques crachats rouillés, adhérents, pneumoniques.

Mais tout n'était pas fini du côté intestinal, la contracture avait, il est vrai à peu près disparu, les vomissements s'étaient arrêtés, mais la constipation avait fait place à la diarrhée, la langue était couverte d'un épais enduit saburral ; enfin, au quatrième jour de la maladie apparut un ictère très net présentant tous les caractères de l'ictère par rétention. Les urines étaient fortement colorées, la constipation avait reparu et ce n'était qu'à l'aide de lavements que le malade expulsait quelques matières blanchâtres. Malgré ces complications tout marcha bien, la défervescence se produisit au huitième jour avec les phénomènes critiques classiques. Mais la langue resta saburrale pendant quelque temps ; l'ictère ne disparut qu'après six jours d'apyrexie et la convalescence fut longue.

Comme conclusion de cette étude pathogénique, nous pouvons dire que pour nous il n'y a, entre les cas d'appendicites pneumoniques et ceux de pseudo-appendicites qu'une différence de degré. Dans les moins marqués, c'est une poussée congestive si faible qu'elle est inappréciable à l'examen anatomique, mais qui suffit pour transposer, au niveau de l'abdomen, les symptômes normalement thoraciques de la pneumonie. Par gradation insensible, on peut s'élever à une inflammation indubitable mais encore si estompée que le désaccord entre la lésion appendiculaire et les symptômes qui la manifestent est aussi grand que dans les cas précédents. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, la lésion appendiculaire est suffisante pour que disparaisse la discordance entre les lésions anatomiques et les manifestations cliniques.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Dans la pathogénie nous avons été amené à associer les appendicites vraies aux pseudo-appendicites, mais ce n'est plus de même quand il s'agit du diagnostic. Ici il faut absolument que le médecin distingue l'appendicite vraie de pseudo-appendicite pour l'intérêt supérieur du malade.

Le problème se pose dans des circonstances fort variables :

1° Dans un premier cas, il s'agit d'un sujet qui a fait une pneumonie typique comme début et qui voit cette pneumonie, arrivée à la période d'état, se compliquer d'appendicite. L'éventualité est rare, nous n'en avons cité qu'un exemple (cas de Ferrier) et en relisant cette observation on peut voir que l'erreur la plus à craindre est de laisser passer l'appendicite sans la diagnostiquer. On conçoit que d'un seul cas il soit difficile de tirer un enseignement sur la façon d'éviter l'erreur. Tout au plus peut-on dire que la persistance et l'importance des troubles digestifs, au cours de la pneumonie, doivent donner l'éveil et provoquer de la part du médecin un examen attentif des organes abdominaux ;

2° Dans un second cas, on se trouve en présence d'un malade qui a une appendicite et qui autrefois a eu une

pneumonie. La question à se poser et qui n'a guère qu'un intérêt théorique, consiste à se demander si cette pneumonie n'a pas un rôle dans l'apparition de l'appendicite. Il faut savoir, en effet, que bien des auteurs attribuent une grande importance à toutes les maladies infectieuses dans l'étiologie de l'appendicite, et Tripier et Paviot disent notamment : « Elles ont pu occasionner d'abord, et même à plusieurs reprises, des altérations inflammatoires latentes de l'appendice avant de donner lieu à celles qui seront suffisantes pour se manifester par la crise caractéristique » ;

3° Enfin, pour en arriver à l'éventualité la plus fréquente et par conséquent la plus importante en pratique, il faut songer à ces malades qui font un début de maladie nettement appendiculaire. Est-ce une réelle appendicite? Est-ce une pneumonie à début anormal ? Est-ce une combinaison de deux maladies ? Voilà les questions qui se posent, on en conçoit toute l'importance. Il est facile de deviner quels sont les moyens proposés par les auteurs pour solutionner ces différents problèmes. Ils ont mis en parallèle les divers symptômes de la pneumonie et ceux de l'appendicite et tiré de chacun des caractères différentiels. Tous y ont passé, depuis la rougeur de la pommette du pneumonique, s'opposant au facies péritonéal de l'appendiculaire jusqu'à la rétention des chlorures existant dans la première maladie et absente dans la seconde. On peut répondre que tous ces moyens n'arrivent qu'à établir ou à infirmer le diagnostic de la pneumonie, mais non pas à démontrer l'absence de l'appendicite, puisque les observations de Leroux et celles d'Achard et Broca établissent la possibilité de la coexistence des deux infections. Il serait plus utile de retourner la question et de chercher les moyens qui, en présence d'un tableau appendiculaire,

permettraient de devenir affirmatif au sujet de l'existence ou de l'absence de l'appendicite. Il est évident que le médecin, en présence de phénomènes abdominaux brusques, doit toujours, surtout s'il s'agit d'un enfant, explorer avec soin le système respiratoire et ne négliger aucune investigation pour découvrir une pneumonie possible.

Il doit savoir que les signes stéthoscopiques sont souvent tardifs, souvent minimes, et que l'attention la plus minutieuse doit être prêtée à leur recherche. Mais lorsque l'existence d'une hépatisation pulmonaire sera établie, le problème ne sera pas complètement solutionné, on n'aura que des probabilités, non pas une certitude.

La distinction entre les pseudo-appendicites et les appendicites est, en fait, extrêmement délicate ; et les moyens proposés sont, comme nous allons le voir, d'une appréciation souvent difficile, et n'ont pas une rigueur absolue.

Un des principaux et qu'on invoque fréquemment est fourni par les caractères de la douleur. Dans les cas de pseudo-appendicite elle serait plus superficielle. Henoch dit par exemple : « Par la formation entre les doigts d'un pli de la peau, on reconnaît qu'il s'agit seulement d'une hypéresthésie cutanée. »

Barnard se rallie à la même opinion et c'est, en somme, la même idée que soutiennent Delbet et Arron, quand ils disent que la douleur n'est pas augmentée par la pression profonde.

Une autre des particularités des pseudo-appendicites, sur laquelle ont fréquemment insisté les auteurs, c'est le peu d'intensité ou même l'absence de la contracture abdominale.

L'abdomen se laisserait déprimer, il deviendrait souple pendant l'inspiration (Barnard), il ne présenterait

qu'une demi-défense musculaire (Arron). Il ne serait pas difficile de citer des cas cliniques où ces moyens de diagnostic se trouvent en défaut. Il n'en ont pas moins leur valeur et doivent être toujours recherchés avec soin, Du reste, ils peuvent se résumer dans cette remarque de Melchior qui fait de la discordance entre l'intensité des phénomènes généraux et la légèreté relative des signes locaux le moyen le plus sûr de distinction.

Il faut bien se rattacher à cette opinion, n'en trouvant pas une meilleure. Car se baser comme Garreau sur les résultats du toucher rectal, de la percussion iliaque, sur la présence ou l'absence de ce gâteau inflammatoire, « donnant l'impression d'un carton mou e m pé dans l'eau chaude », c'est attendre que ces symptômes aient eu le temps d'apparaître, c'est donner le temps à l'appendicite, si elle existe, de suppurer, et alors autant dire que le meilleur moyen de diagnostic est expectative : il est certain qu'attendre l'évolution ultérieure est un bon moyen d'éviter les erreurs, il n'est pas sans danger pour les malades.

Etant donnée la contingence des procédés de diagnostic proposés, on conçoit que la solution en soit souvent malaisée, et le mieux est de conclure que la connaissance de toutes les éventualités cliniques possibles, de toutes les erreurs à éviter, est la principale condition d'un bon diagnostic. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui donne la clef de tous les cas cliniques. La solution de chacun d'eux reste une question d'espèce. Il faut être averti, prudent et consciencieux, et quand l'existence d'une appendicite paraît probable, il faut, comme le conseillent Lesné et Marre après Richardson « non pas s'abstenir, mais prescrire le traitement médical de l'appendicite et même intervenir d'urgence. De cette façon, on fait courir moins de risques aux malades ».

CONCLUSIONS

I. — La pneumonie peut affecter avec l'appendicite des rapports variables suivant les observations, mais qui toujours relève d'une des trois combinaisons que nous avons étudiées :

a) Les appendicites pneumoniques ;

b) Les pseudo-appendicites pneumoniques ;

c) Les cas intermédiaires.

II. — La pathogénie des appendicites pneumoniques se calque sur celle de toute appendicite survenant au cours d'une maladie infectieuse. La pathogénie des pseudo-appendicites pneumoniques s'éclaire singulièrement par l'étude des cas intermédiaires. Il peut s'agir d'une lésion chronique ancienne ou d'une ébauche inflammatoire qui font de l'appendice un point d'appel pour la douleur, ainsi s'explique la localisation abdominale du point de côté. Les autres symptômes se produisent, eux aussi, par le même mécanisme.

III. — Le diagnostic entre les différentes éventualités est extrêmement délicat. Il importe que le médecin sache qu'une pneumonie peut coexister avec une appendicite ; il ne doit pas donc classer systématiquement dans les pseudo-appendicites les sujets qui présentent à la fois

les symptômes des deux affections. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui puisse trancher le diagnostic. Le praticien devra essayer d'étayer sa conclusion sur une observation attentive et une critique serrée de tous les symptômes.

BIBLIOGRAPHIE

En dehors des indications bibliographiques contenues dans la thèse de

MIRANDE. — Du syndrome appendiculaire dans les affections thoraciques. Thèse, Paris 1900.

Et celle de

GARREAU. — Les pneumonies à point de côté abdominal. Thèse, Paris 1903, n° 226.

Il faut consulter :

ADAMS. — American Journal of obstetric, New-York, 1907.

BENNECKE. — Ueber appendiscitische Symptome bei Lobäepneumonien. Med. Klinik, 1909, n° 7.

BRAGAGNOLO. — Della pneumonita acuta appendicolare. Riv. veneta di sc. med., Venise, 1903, XX, p. 151-167.

BRELET. — A propos du diagnostic de l'appendicite, le point de côté abdominal dans la pneumonie, etc. Gaz. med, de Nantes, 1908.

BRIGGS. — Boston med. a Surg. journal, 1903, t. CXLIX.

CHEINISSE. — Semaine médicale, décembre 1909.

COMBY. — Pleurésie simulant l'appendicite. Arch. de médecine des enfants, 1904.

COZZOLINO. — Sulla pneumonite lobare acuta nei bambini a dolore ectopico appendicolare. Gazz. degli Osped. 11 janvier 1903.

D'Œlsnitz. — Infections pleuro pulmonaires débutant par des symptômes abdominaux. Arch. de méd. des enfants, décembre 1908, p. 810.

Euzière. — Les pseudo-appendicites pneumoniques. Remarques pathogéniques. Gazette des Hôp., 1909.

— Appendicite et pneumonie, Montp. Med., 1909.

— A propos d'un cas de pneumonie riche en complications digestives. Société de Sc. Méd. de Montpellier, janvier 1910.

Fedeli. — Su di alcune manifestazioni dolore abdominale nella polmonite. Arch. internaz. di med. e dur., Naples, 1906.

Forte. — Journ. Amer. Med. Assoc. Chicago, 1904.

Glaterfeld. — Berliner Klin. Woch, 2 août 1909.

Haim. — Die Epityphlitis in Wediselbeziehung zu ihren batteriellen Erregern. Dtsch. Arch. f. Klin. Chir., t. 73, 1906.

— Beitrag zu Pneumokokken epityphlitis. W. Kl. Voch., 1905.

Halipie. — Rev. médicale de Normandie, 10 oct. 1909.

Hutinel. — Journal des Praticiens, 1908, p. 257.

Kulzewski. — Contr. à l'ét. des pseudo append pneumoniques. Th. Montpellier, 1909-1910.

Kuttner. — Les pseudo-appendicites. Beitrage. z. Klin. Chir. II.

Hampeln. — Ueber schwere Abdominalerscheinung im Beginn einer Pneumonie oder Pleuritis. Zeitschr. f. Clin. Med., t. 45, 1902.

Lerroux. — Société de Méd. et de Chirurg. Paris, avril. 1906.

Lesné et Marre. — Point de côté abdominal et phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile. La Clinique, août 1908, p. 513.

Loygnes. — Presse médicale, 22 fév. 1908, p. 128.

Melchior. — Ueber perityphlitische Symptome (Pseudo-Appendicitis) im Beginne der Pneumonie. Mitteil. aus. den. Grenz-Gebieten der Med. und Chirurg., 1909, p. 469.

Mignon. — Infections pleuro-pulmonaires à allures cliniques d'infection intra-péritonéale. Bull. de la Soc. de chir., 1908, p. 510.

Prandi. — Gaz. degli ospedali. Milan, 1904.

Raillet. — Pneumonie simultanée chez le frère et la sœur. Appendicite et pneumonie. Gaz. des hôp., 1908, p. 1779.

Rohrer. — Maryland Medical Journal, 1902.

Romme. — Points douloureux et contracture de la paroi abdominale. Presse médicale, 1907, n° 105, p. 851.

Satullo. — Della temperature iperpiretica nella pneumonite acuto-appendicolare. Gaz. degli osp., 1902.

Sevestre. — Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris, 15 avril 1902, p. 153.

Thomas. — American S. of. obstetrics. New-York, 1907.

Triboulet. — Pneumonie et syndrome appendiculaire initial. La Clinique, 1908, n° 14, p. 216.

Vetlesèn. — Appendicitis und Pneumonie Norsk Magaz. for Lagevidenskaben, 1905, n° 12. Analyse dans Münch. Med. Wochenschr., 1906, p. 327.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 janvier 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 janvier 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.